

Faktor-faktor Sosial yang Mempengaruhi Jangkitan HIV dalam Kalangan Lelaki Berketurunan India HIV Positif di Malaysia

Social Factors Influencing the HIV Infections Among Positive Indian Men in Malaysia

SARASUPHADI MUNUSAMY, KAMAL SOLHAIMI FADZIL, RAJA ISKANDAR SHAH RAJA AZWA &
AHMAD SABRI ABDUL SAMAT

ABSTRAK

Human Immunodeficiency Virus (HIV) adalah hasil daripada cabaran perilaku sosial dan biologi yang dikaitkan dengan pelbagai faktor sejarah, budaya, ekonomi, politik, kelas sosial, dan penyingkiran sosial antara jantina minoriti di dunia. Ke arah mencapai pemahaman ini, kajian ini bertujuan untuk meneroka faktor-faktor sosiologi yang mempengaruhi risiko jangkitan HIV dalam kalangan lelaki berketurunan India di Semenanjung Malaysia. Kajian kualitatif ini berasaskan maklumat yang diperolehi daripada hasil temu bual mendalam ke atas 14 responden lelaki yang juga dijangkiti penyakit HIV. Faktor-faktor sosial dan ekonomi merupakan punca utama yang mempengaruhi responden terlibat dalam tingkah laku risiko tinggi. Responden yang berumur lewat 30-an menyatakan migrasi dalaman dan pengaruh persekitaran, diikuti kemiskinan dan pengangguran antara faktor-faktor yang mempengaruhi tingkah laku berisiko tinggi. Manakala, beberapa faktor yang mempengaruhi risiko jangkitan HIV bagi golongan muda termasuk penyalahgunaan alkohol, pendedahan kepada siber seks, pelancongan seks, hubungan seks rambang, persekitaran asrama kerja di luar negara dan pemerkosaan atau penderaan seksual. Walaubagaimanapun, kurang pengetahuan dan kesedaran terhadap mod jangkitan HIV merupakan salah satu indikator utama dalam mengenal pasti punca risiko jangkitan dalam kalangan kohort kajian. Hasil kajian ini dapat digunakan bagi merancang program intervensi bagi menangani risiko jangkitan HIV dalam kalangan lelaki Malaysia berketurunan India secara khususnya, dan golongan lelaki secara amnya di Malaysia.

Kata kunci: AIDS; faktor jangkitan HIV; faktor kebudayaan; maskuliniti, masyarakat India

ABSTRACT

Human Immunodeficiency Virus (HIV) infection is rooted in socio-cultural and biological challenges which are associated with various historical, cultural, economic, political, social class, and social exclusion factors among minority group. With this understanding of HIV risk, our study aims to explore the sociological factors that influence the causes of the risk of HIV infection among men of Indian descent in West Malaysia. This qualitative study is based on information gathered from in-depth interviews among 14 male respondents who are living with HIV. The study found that, social and economic factors are the main causes for respondents' engagement in high risk behaviour. Respondents in their late 30s indicated that internal migration and their social surroundings, followed by poverty and unemployment are among the factors that influenced risk behaviour. Meanwhile, young adults described that excessive alcohol use and cyber-sex involvement led them to risky sexual behaviour; further, cross-border activities such as sex tourism, multi-faceted relationship in foreign workplace, dormitory environment and male-on-male rape were among the predictors of HIV infection. However, lack of knowledge and awareness on how HIV is transmitted appears as a major predictor for risk and infection among the cohort. The results of this study can be applied in designing more effective intervention programs aimed to address the risk of HIV / AIDS infection among Malaysian Indian males in particular, and Malaysia men in general.

Keywords: AIDS, HIV infection factors; cultural factors; masculinity, Indians in Malaysia

PENGENALAN

Menurut laporan yang diterbitkan oleh Pertubuhan Bangsa-Bangsa Bersatu (PBB), Malaysia adalah salah satu daripada sepuluh negara yang menyumbang lebih 95% daripada semua jangkitan baru HIV di rantau Asia Pasifik (Vathani 2017). Seramai 92,895 penduduk dianggarkan telah dijangkiti penyakit HIV di Malaysia sejak 1985-2015; 86% daripada jumlah ini disumbangkan oleh golongan lelaki (Ministry of Health Malaysia 2016). Golongan masyarakat India tidak terkecuali daripada perangkaan ini, malah mencatat seramai 8,461(8%) orang (lelaki dan perempuan) (Malaysian AIDS Council 2010).

Mod jangkitan penyuntikan dadah dikatakan memberi sumbangan besar kepada jangkitan HIV dalam kalangan masyarakat India di Malaysia (Adeeba & Karina 2008). Perlaksanaan program ‘Pengurangan kemudaratan’ (*Harm reduction*), Program Pertukaran Jarum dan Alat Suntikan dan Pengendalian Terapi Metedon (*Methadone Maintenance Therapy*) sejak 2006 telah merencatkan aktiviti perkongsian jarum dan penggunaan dadah perskripsi dalam kalangan penagih dadah (Agensi Antidadah Kebangsaan 2014). Menjelang akhir tahun 2015 seramai 99,824 daripada 170,000 penyuntik dadah di Malaysia menerima bantuan di bawah program ini. Sebanyak 96,516 jarum suntikan telah dikembalikan oleh penyuntik dadah dan ditukarkan dengan jarum bersih (Sharifah Fadzlun et al. 2015; Chandrasekaran et al. 2017). Program-program ini membantu mengurangkan jangkitan HIV dalam kalangan penagih dadah sejak 2007 (Chandrasekaran et al. 2017). Misalnya, rekod penagih dadah berketurunan India seramai 2,037 yang direkodkan pada tahun 2010 mencatat penurunan ke 1,657 pada 2014 (Agensi Antidadah Kebangsaan 2014). Walaubagaimanapun cabaran HIV dikatakan beredar daripada mod jangkitan penyuntikan dadah kepada heteroseksual dan homoseksual.

Oleh sebab kajian-kajian di Malaysia melibatkan golongan India dalam sampel saiz yang kecil, maklumat yang diperolehi mengenai risiko HIV mereka adalah terhad. Kajian-kajian yang dijalankan oleh Kamal Solhaimi dan Ng (2005) ke atas lelaki muda Malaysia (termasuk lelaki India) menunjukkan kebanyakan daripada mereka mengamalkan seks yang berisiko tinggi. Kajian ini menunjukkan mereka kurang risau terhadap HIV berbanding risiko jika pasangannya mengandung.

Sementara kajian yang melibatkan 30 responden India mendapati bahawa golongan muda India mengalami masalah seksualiti dan risiko HIV yang tinggi. Kebanyakan mereka mengakui kurang berkebolehan untuk menangani masalah seksual mereka serta kurang pendedahan terhadap sumber maklumat kesihatan seks merupakan punca dijangkiti HIV (Sarasuphadi, Kamal Solhaimi & Raja Iskandar (2017).

Dalam konteks tradisi, hubungan seksual lelaki dengan perempuan sering kali dianggap golongan lelaki bermaruah dan menggambarkan mereka sebagai golongan maskulin. Lebih-lebih lagi, dalam kalangan komuniti India, golongan lelaki dipandang tinggi dan diberi kuasa hierarki tertinggi. Persepsi ini mempengaruhi perilaku dan kuasa heteroseksual individu. Walaubagaimanapun, anggapan ini bertentangan dalam hubungan seks lelaki dengan lelaki *Men having Sex with Men* (MSM) yang menganggap dirinya ‘kurang sifat kekelakuan atau kurang maskulin berbanding sifat tradisi lelaki’, serta sekatan keagamaan menimbulkan kebimbangan stigma dan rasa malu untuk berhadapan dengan keluarga dan komunitinya (Sin et al. 2013). Seperti masyarakat lain di Asia, hal-hal yang berkaitan dengan seks dan jangkitan kelamin dilihat sebagai tabu dan sensitif. Isu kesihatan seksual dan penyakit kelamin tidak banyak dibincangkan secara terbuka dalam kalangan masyarakat India, pelbagai pertubuhan sosial dan agama Hindu di Malaysia. Amalan terhadap keseksualan yang digambarkan ini boleh meningkatkan risiko terhadap jangkitan HIV.

Penyataan masalah ini membuka ruang bagi kajian ini membincangkan persoalan apakah unsur-unsur sosial, persekitaran dan institusi menjadi ‘faktor-faktor pendedahan’ (*vulnerability factors*) kepada risiko HIV dalam kalangan lelaki India? Mengikut terminologi UNAIDS ‘faktor pendedahan’ boleh dikatakan sebagai tekanan kemasyarakatan yang diwujudkan dalam sesuatu keadaan sosial yang membolehkan seseorang atau kumpulan terdedah kepada risiko HIV, seperti penyuntikan dadah, terlibat dalam seks rambang, mengadakan hubungan homoseks (UNAIDS 2011). Faktor-faktor risiko ini menyebabkan tingkah laku berisiko tinggi untuk dijangkiti HIV misalnya penyuntik dadah yang berkongsi jarum dengan rakannya, melakukan seks tanpa selamat dan memiliki pelbagai pasangan seks yang mempunyai risiko penyakit kelamin.

ULASAN LITERATUR

Tingkah laku peribadi kepada risiko HIV ditentukan oleh pelbagai faktor perilaku individu dan persekitaran. Faktor-faktor ini berlaku di peringkat mikro (molekul dan biologi seperti perubahan hormon fizikal) dan tahap makro (seperti faktor sosial, ekonomi, struktur politik). Faktor-faktor ini sering berinteraksi dalam konteks perubahan tingkah laku seseorang (Rhodes 2009). Walaupun sejak penyakit HIV di kenal pasti dua dekad yang lalu, kebanyakan usaha pencegahan bergantung kepada aspek perubatan, manakala usaha pencegahan di luar sektor perubatan masih terhad (Auerbach, Wypijewska & Brodie 1994). Misalnya Rhodes (2009) berpendapat bahawa teknologi perubatan, ujian HIV dan kaunseling membantu mengurangkan sebahagian risiko HIV sahaja; manakala perubahan tingkah laku individu cuma boleh dicapai dengan intervensi sosial dan persekitaran. Oleh yang demikian para penyelidik sosial giat berusaha bagi mengenal pasti faktor-faktor sosio-ekonomi, kebudayaan dan kelemahan struktur politik yang menyumbang kepada tingkah laku risiko dan bagaimana ia boleh diatasi bagi membendung gejala HIV.

Patterson dan Wolf (2010) telah menganalisis risiko HIV dengan penggunaan alkohol dan penyuntikan dadah dalam tiga perspektif sosiologi dengan teori pembinaan sosial (*theory of social construction*), etno-metodologi dan teori konflik. Hasil kajiannya menunjukkan elemen nilai kebudayaan, sejarah dan latar belakang masyarakat mempengaruhi golongan minoriti di Amerika Syarikat menyebabkan ramai daripada kalangan mereka dijangkiti HIV disebabkan oleh penggunaan alkohol dan penggunaan dadah (Patterson & Wolf 2010).

Halkitis et al. (2013) menggunakan teori *Syndemic* bagi mengkaji faktor penderitaan sosial dan kesengsaraan kehidupan seseorang yang mendorong kepada risiko HIV dalam kalangan MSM muda di Amerika. Kajian beliau mengandungi sampel seramai 598 lelaki MSM muda (antara umur 18 dan 19 tahun) golongan Sepanyol-Amerika dan Afrika yang bermastautin di Amerika. Dalam kajian ini, pelbagai indeks beban kesihatan mental (iaitu, pemikiran membunuh diri, gejala depresi, kesepian) dan penggunaan dadah digunakan untuk membuat model pengukuran bagi risiko HIV. Hasil dapatan faktor analisis menunjukkan semua faktor

model ini berkait dengan seks tanpa perlindungan dan menekankan pentingnya untuk mengkaji kesan gabungan daripada tekanan psikososial terhadap tingkah laku risiko. Manakala Wilson et al. (2014) mengkaji bagaimana struktur sosial dan faktor interaksi biologi dengan masalah peminggiran golongan lelaki minoriti iaitu lelaki Afrika dan Latin yang bermastautin di New York. Faktor penderitaan diiringi dengan kemiskinan, dikaitkan dengan kelakuan penyalahgunaan bahan, trauma dan pemenjaraan. Ia adalah punca utama risiko jangkitan HIV khususnya melalui kaedah suntikan.

Ronica (2015) mengkaji fenomena jangkitan HIV dalam kalangan diaspora golongan wanita India di daerah Kwa-Zulu Natal, Afrika Selatan. Kajian ini mendapati bahawa pengabaian kerajaan memberi kesedaran kepada kaum wanita India berbanding golongan orang putih dan warganegara Afrika, menyebabkan masyarakat India kurang peduli tentang wabak penyakit HIV. Tambahan pula, kajian ini mengaitkan faktor budaya seperti mengagungkan kaum lelaki, mendewakan pasangan suaminya dan patriarki dalam kalangan masyarakat berketurunan India dengan kegagasan rumah tangga dan seks paksaan terhadap wanita India. Ketidakstabilan status ekonomi dalam kalangan wanita ini membataskan mereka untuk berunding hak perlindungan seks. Kebanyakan kajian yang melibatkan diaspora lelaki India dan Asia Selatan, mendapati bahawa faktor kebudayaan, seperti poligami yang diiringi dengan maskuliniti, kurang pengetahuan HIV merupakan faktor utama risiko HIV (Shedlin et al. 2006; Ullah Ahsan et al. 2014).

Dalam kajian perbandingan yang dijalankan oleh Shedlin et al. (2006) dengan imigran-imigran lelaki berketurunan India, Sepanyol, Mexico dan Caribbean yang bermastautin di New York didapati bahawa kedudukan hierarki tinggi dan patriarki mempengaruhi risiko HIV golongan India. Kajian ini menyatakan, masyarakat India mempunyai persepsi berlainan mengenai seks bebas, iaitu sebelum dan selepas norma perkahwinan. Penglibatan dalam seks rambang sebelum perkahwinan dianggap hubungan yang biasa tanpa mengambil kisah perasaan, manakala selepas berkahwin dengan pasangan isterinya mereka berniat untuk bemonogami dan penuh emosi dalam hal hubungan seks. Manakala mereka berpendapat status patriarki membenarkan mereka memperoleh pengalaman seks dengan pekerja seks.

Kajian perbandingan dalam kalangan 173 lelaki homoseksual dari Australia dan 49 lelaki homoseksual dari Barat Laut India mendapati bahawa aktiviti seksual dan tahap risiko tingkah laku homoseksual jauh berbeza antara kedua-dua budaya. Dalam kalangan lelaki India didapati bahawa mereka tidak mengamalkan aktiviti seks semasa di bawah pengaruh dadah. Mereka juga tidak mengamalkan seks anal dan *brachioprocti* ini kerana khayalan tinggi menjadikan mereka agresif dan hal ini boleh membawa kecederaan atau ketidakselesaan bagi pasangan mereka. Hal ini juga kerana faktor tradisi menekankan pasangan seks perlu menghormatinya semasa melakukan seks. Dalam kalangan lelaki Australia, mereka lebih berkecenderungan mengamalkan aktiviti seks rambang di bawah pengaruh dadah. Lelaki Australia juga kurang berminat untuk mendirikan rumah tangga dan suka memiliki pasangan lelaki tua. Manakala, dalam kalangan lelaki India suka memiliki pasangan wanita kemungkinan besar merupakan pasangan isteri mereka. Hal ini kerana perkahwinan ditekankan dalam budaya India dan tiada amalan budaya yang menyokong hubungan homoseksual di India. Menurut kebudayaan India, lelaki homoseks ini menganggap memiliki pasangan isterinya penting dalam kalangan komunitinya walaupun mereka homoseksual. Risiko HIV tinggi didapati apabila 93% daripada mereka tidak menggunakan kondom semasa mengamalkan seks dubur dan oral dengan lelaki lain (Bhushan & Ross 1991).

Selain itu, faktor risiko HIV di rantau Asia Selatan di kaitkan dengan faktor migrasi dan imigrasi. Misalnya, masyarakat Bangladesh dan Nepal yang dilanda bencana (Samuels & Wagle 2011), ketidakstabilan politik di Sri Lanka dan Myanmar (Yenmozhi 2006) menggalakkan isu pelarian dan meningkatkan risiko HIV di rantau tersebut. Misalnya India Utara berasa kurang selamat terhadap warga pendatang ke kawasan sempadan seperti Delhi, Kolkata Mumbai dan Manipur yang dilaporkan terlibat dalam aktiviti suntikan dadah dan MSM (Singh S.K & Siddhanta 2017). Manakala di Mauritius, faktor pekerjaan yang menumpukan sektor pelancongan di institusi hiburan malam dikaitkan dengan faktor pendedahan HIV seperti penggunaan ganja dan hiburan seks (Nishimura et al. 2007).

Di Malaysia, kajian mengenai punca sosiologi HIV adalah terhad khususnya, yang melibatkan masyarakat India. Walaubagaimanapun terdapat

beberapa kajian meliputi multietnik secara makro antaranya, Zarina (2004) mengutarakan faktor lokasi geografi strategik di Asia Tenggara sebagai kawasan punca pengeluaran dan pengedaran dadah, serta mendorong golongan ini mudah terlibat dalam gejala sosial dan dadah. Misalnya, di Myanmar aktiviti ekonomi orang asli bukit yang menanam popi untuk menyara kehidupan mereka di *Golden Triangle* dikaitkan sebagai punca peningkatan penggunaan dan pengedaran dadah ke negara-negara jiran termasuk Malaysia.

Abdul Rahim (2001) pula dalam bukunya telah menyatakan faktor kejutan budaya, seperti sikap adaptasi budaya dalam penggunaan telekomunikasi siber yang tidak dipantau dalam kalangan rakyat Malaysia membuka ruang bagi golongan muda terlibat dalam kelakuan risiko HIV dan masalah sosial. Sementara itu Siti Norazah dan Low (2000) dalam kajian yang dijalankan ke atas 486 golongan muda yang belum berkahwin di Malaysia mengenal pasti faktor jauh dari keluarga, gaya hidup yang tertekan akibat daripada pekerjaan atau persekitaran di bandar-bandar adalah faktor utama yang mendorong gaya seks bebas mereka.

Penyelidikan dijalankan oleh Unit Pembangunan Penyelidikan Kesihatan (HeRDU) (Suan, Lin & Ping 2009), menunjukkan 35% daripada 40 responden lelaki India terlibat dalam seks bebas bersetuju mereka tidak pernah menggunakan kondom semasa melakukan hubungan seks dengan berbilang pasangan. Dalam tempoh 6 bulan, 16% daripada mereka menyatakan mereka mempunyai bilangan 5-10 pasangan seksual, 26.7% mempunyai lebih daripada 20 pasangan seks, manakala 10.5% tidak pasti dengan bilangan pasangannya. Penemuan ini menunjukkan lelaki India di Malaysia terlibat dalam aktiviti berisiko tinggi dijangkiti HIV/ AIDS (Suan, Lin & Ping 2009).

Manakala salah satu faktor utama risiko tinggi MSM (termasuk MSM lelaki India) adalah seks anal yang dilakukan tanpa perlindungan berbanding seks vagina (Koh et al. 2012). Kajian Koh menunjukkan, nisbah untuk memperoleh jangkitan HIV bagi seseorang yang terlibat dalam hubungan seks dengan penggunaan kondom yang tidak konsisten adalah 3.7 kali lebih tinggi berbanding dengan orang yang secara konsisten menggunakan kondom. Sebab-sebab penggunaan kondom yang tidak konsisten adalah tidak dapat akses kondom di tempat aktiviti seksual, ketidaktauhan atau kurang pengetahuan dalam penyebaran penyakit kelamin,

penyalahgunaan bahan dadah serentak, kekurangan pemahaman latar belakang seksual pasangan, hubungan seks yang kerap, serta isu sikap dan tingkah laku (Koh et al. 2012).

Memiliki pasangan seks ramai adalah perkara biasa dalam kalangan MSM muda di Malaysia (Sin et al. 2013). Mereka juga dilaporkan mengamalkan seks berkumpulan antara mereka. Tambahan pula, kebanyakan MSM mengatakan mempunyai hubungan seks dengan rakan wanita. Hal ini berpotensi untuk menyebarkan HIV kepada kumpulan bukan MSM. Di Malaysia, kelaziman HIV atau tingkah laku faktor risiko sebenar dalam kalangan MSM tidak diketahui. Kajian Malaysia tertumpu kepada MSM di Malaysia, berteraskan 4 konsep iaitu yang pertama mengenal pasti tingkah laku berisiko tinggi, kedua pengetahuan masyarakat tentang HIV dan AIDS, ketiga stigma masyarakat dan keempat pengaruh agama terhadap tingkah laku MSM.

KAEDAH KAJIAN

Kajian ini dijalankan secara temu bual dengan 14 responden lelaki India yang dijangkiti HIV di Semenanjung Malaysia (Johor, Pulau Pinang, Kuala Lumpur, Selangor, Perak dan Negeri Sembilan). Kajian kualitatif ini meliputi sesi temuduga yang mengaplikasikan teknik persampelan berbentuk 'snowball'. Para responden dikenal pasti dengan bantuan pihak badan bukan kerajaan HIV di Semenanjung Malaysia. Bermula daripada seorang responden, kami telah diperkenalkan kepada rakan-rakan beliau yang dijangkiti HIV untuk menghadiri sesi temu bual. Setiap gelombang 'snowball' menambahkan sampel saiz sehingga ia tamat di gelombang ke-4 iaitu sehingga mencapai sampel ke-14. Pengumpulan sampel dihentikan setelah tema-tema kajian mencapai tahap tepu. Setiap sesi temu bual mengambil masa 1 hingga 1½ jam. Rakaman audio diambil bertujuan penganalisan data kualitatif. Setiap rakaman itu, ditranskripsikan dalam bahasa Tamil dan diterjemahkan dalam bahasa Melayu.

Data ini dikodkan dengan menggunakan perisian kualitatif N-Vivo versi 10 (QSR) untuk mengenal pasti tema-tema yang dinyatakan oleh para responden. Kajian ini mengikut keperluan etika penyelidikan; penyelidik meminta kebenaran

daripada setiap responden, dimaklumkan mengenai tujuan kajian dan diberi jaminan bahawa identiti mereka adalah sulit. Selepas itu, responden menandatangani surat persetujuan sebelum sesi temu bual dijalankan. Kajian ini juga mendapat kelulusan jawatankuasa etika penyelidikan daripada Pendaftaran Penyelidikan Perubatan Negara (National Medical Research Register) dari Oktober 2013 hingga 2014. Tambahan pula, penyelidikan ini juga mendapat kebenaran penyelidikan dari Fakulti Sastera dan Sains Sosial, Universiti Malaya, Kuala Lumpur yang bekerjasama dengan badan-badan kebajikan NGO seperti Malaysian AIDS Council, Community AIDS Service Penang (CASP), Kuala Lumpur AIDS Support Service Society (KLASS), Intan Life Zon di Johor Bahru, dan Pertubuhan Komuniti Intan di Perak.

Penyertaan responden dalam kajian ini adalah secara sukarela. Kajian ini, juga menyertakan sumber data tambahan yang diperolehi hasil daripada perbualan dengan pasangan dan rakan-rakan responden, rakan sokongan NGO, bahan percetakan seperti buku rekod kesihatan responden (yang diperolehi daripada responden-responden sendiri), mengumpul laporan perangkaan HIV yang diperolehi daripada beberapa NGO termasuk Malaysian AIDS Council. Manakala perancangan dan penyimpanan data secara teliti dipraktikkan dalam kajian ini. Misalnya, data audio dan maklumat peribadi responden disimpan dalam fail sulit dengan mengubah nama asalnya kepada kod yang dirahsiakan. Selain itu, sebelum kajian lapangan dijalankan, penyelidik juga menjalankan aktiviti jalinan masyarakat dengan komuniti HIV selama 7 bulan bagi membina hubungan baik dan memahami fenomena ini dengan mendalam. Ini membantu kebolehpercayaan antara penyelidik dan responden. Tujuan langkah ini untuk memastikan maklumat yang diperolehi adalah asli bagi meningkatkan kredibiliti data dan mengurangkan bias dalam kajian.

Hasil kajian ini mempunyai beberapa batasan, dari segi lokasi kajian dan saiz demografi (Johor, Pulau Pinang, Kuala Lumpur, Selangor, Perak dan Negeri Sembilan sahaja). Manakala penglibatan sampel golongan India utara, kacukan dan golongan kelas atasan ekonomi adalah terhad. Oleh yang demikian, ia kurang tepat ditujukan atau digeneralisasikan terhadap keseluruhan golongan lelaki pesakit HIV.

JADUAL 1. Latar Belakang Demografi Responden

Maklumat Demografi	Bilangan (n=14)	Peratusan (%)
Umur		
25-34	4	28.6
35-44	7	50.0
45-54	2	14.3
55-64	1	7.1
Status perkahwinan		
Bujang	4	28
Berkahwin	6	42.9
Berceraai/berpisah	2	14.3
Tinggal bersama (tanpa berkahwin)	2	14.3
Pendapatan		
RM bawah 500	5	35.7
RM501-1000	7	50.0
RM1001-2000	1	7.1
RM2001-3000	1	7.1
ModJangkitan		
Heteroseksual	5	35.7
Homoseksual	5	35.7
Suntikan dadah	3	21.4
Suntikan dadah dan heteroseksual	1	7.1
Lokasi		
Pedalaman dan perkampungan	3	21.4
Ladang	3	28.6
Bandar	5	35.7
Perumahan kakitangan kerajaan	1	7.1
Flat	2	14.3
Status pekerjaan		
Berkerja	10	71.4
Tidak berkerja	4	28.6
Status pendidikan		
Tiada berpendidikan formal	1	7.1
Sekolah rendah	2	14.3
Menengah rendah	6	42.9
Menengah atas	2	14.3
Graduan Kolej/universiti	3	21.4

LATAR BELAKANG DEMOGRAFI RESPONDEN

Berdasarkan Jadual 1, majoriti responden adalah berumur antara 25-44 tahun, daripada kelompok Tamil, Telugu, dan Malayalam. Manakala minoriti responden pula disertai oleh kelompok Sikh, dan kacukan India dengan etnik lain. Dari bilangan ini, seramai 42.9%, responden sudah berumah tangga, manakala 28.0% adalah bujang, 14% tinggal bersama pasangan seksual dan 14.0% yang bercerai. Separuh daripada responden tergolong sebagai berpendapatan rendah, menerima gaji bulanan antara RM501 hingga RM1000 sahaja. Manakala 35.5% berpendapatan di bawah garis

kemiskinan. Majoriti responden mengakui dijangkiti HIV melalui tingkah laku heteroseksual (35.7%), homoseksual (35.7%). 21.4% adalah pekongsi jarum suntikan dadah, dan seorang adalah pekongsi jarum suntikan serta heteroseksual. Dari segi latar belakang pendidikan, majoriti, iaitu 42.0% daripada mereka adalah berpendidikan sekolah menengah rendah SRP/PMR, 14.0% daripada responden berpendidikan menengah atas (SPM dan STPM) dan 21.0% memilik diploma atau ijazah universiti. Seramai 28.6% responden tidak bekerja akibat masalah kesihatan seperti bilangan sel *cluster of differentiation* 4 (CD4) yang rendah

(daya ketahanan terhadap penyakit), sakit tenat. Akibat daripada ini pengidap HIV senang dijangkiti penyakit lain seperti batuk kering (TB), jangkitan kuman di otak dan ini membawa kecacatan organ. Manakala yang lain (71.4%) bekerja di pusat membeli-belah, pengawal, penasihat di NGO, pemandu kereta dan membuat bekerja sendiri seperti membaiki motor di rumah.

PENEMUAN HASIL KAJIAN

AMALAN TINGKAH LAKU SEKSUAL

50% daripada responden yang ditemu bual, tidak konsisten dalam menggunakan kondom disebabkan kehendak pasangan mereka. Semua lelaki berumah tangga memberitahu isteri mereka mengetahui status HIV mereka. Manakala 28% daripada responden dalam kategori lain mengatakan mereka masih belum mendedahkan status HIV mereka kepada pasangan akibat ancaman stigma. 85% tidak mengetahui cara pencegahan HIV alternatif selain penggunaan kondom seperti *pre-exposure prophylaxis* (PrEP) dan *post exposure prophylaxis* (PEP) iaitu pengambilan pil pra-pencegahan atau pasca-pencegahan terhadap pendedahan risiko bagi mengesyorkan ubatan ini kepada pasangan mereka. Semua MSM adalah bujang, menyatakan tidak berminat untuk berumah tangga, manakala 4 daripada mereka mengaku sudi berkahwin jika menerima tekanan daripada ibu bapa atau ahli keluarga. Mereka bimbang dan teragak-agak untuk mendedahkan status HIV kepada bakal isteri mereka. Tiga daripada 4 penyuntik dadah sedang mengambil metedon dan berhenti aktiviti menyuntik dadah.

Dalam kajian ini terdapat lebih daripada 10 tema-tema telah dikodkan hasil daripada temubual dengan responden. Antara yang paling banyak diungkapkan oleh responden adalah 1) faktor struktur sosial seperti kurang pengetahuan dan kesedaran, tanggapan kerohonian dan kebudayaan yang diwarisi serta kemiskinan, 2) faktor personal seperti tekanan rumah tangga dan ketidakpuasan hati dalam isu seksual, tekanan daripada serangan seksual, penggunaan bahan dan 3) faktor persekitaran seperti mempunyai akses kepada perdagangan seks dan penerimaan nilai liberal yang berkaitan tingkah laku seksual. Faktor-faktor ini mempengaruhi para responden secara langsung atau tidak langsung bagi kelakuan risiko HIV.

KURANG KESEDARAN DAN PENGETAHUAN

Kurang pengetahuan dan kesedaran tentang HIV merupakan faktor utama menyebabkan para responden terlibat risiko HIV. Seramai 85.7% responden, menyatakan sebelum dijangkiti HIV mereka tidak mempunyai pengetahuan yang lengkap dan jelas tentang faktor transmisi dan juga cara-cara pencegahan penyakit ini. Kekurangan penyebaran maklumat kesihatan seksual dan pengetahuan HIV dalam bahasa komunitinya seperti bahasa Tamil membuka ruang kepada lelaki India terlibat dalam risiko HIV. Contohnya, ramai dari kalangan mereka menyatakan tidak tahu penyakit ini boleh merebak melalui kegiatan homoseksual dan heteroseksual yang berketurunan risiko misalnya melakukan seks tanpa perlindungan kondom. Mereka juga amat malu untuk membincang tentang perkara ini dengan ahli keluarga dan kawan-kawan secara terbuka kerana mungkin dipandang buruk akhlakannya. Maklumat mengenai tingkahlaku dan perincian seksual dikawal oleh keluarga dan komunitinya.

Walaupun terdapat beberapa karya epik golongan Hindu mengenai kesihatan seksual dan kesucian hubungan seksual seperti konsep '*Kama*' ditulis oleh Vatsyayana dalam karya *Kamasutra (Aphorisme of Love)* dan Thirukural di bahagian '*Inbam*' (Kaustav & Thakurata 2013), terdapat beberapa dalam konsep '*ashrama*' yang menolak konsep '*kama*' ini. Konsep '*ashrama*' mengandungi 4 tahap kehidupan yang perlu diamalkan oleh seseorang Hindu mengikut tahap umur mereka; '*Brahmacharya*' (tahap belajar/ menimba ilmu kehidupan pada zaman keremajaan), '*Grihastha*' (tahap membina rumah tangga), '*Vanaprastha*' (tahap bersara dari hal rumah tangga menuju ke tahap kerohanian) dan '*Sannyasa*' (tahap menolak segala nikmat duniawi mendekati tuhan). Selain '*Grihastha*', kesemua tahap ini menolak konsep '*kama*' (isu seksual) dan menegaskan cara seseorang perlu disiplin, melepaskan maya dan menganuti tuhan dan alam (Karan Singh 2005). Contohnya golongan lelaki muda dalam 'tahap belajar' perlu mengelak langsung keinginan, berbincang atau melibatkan diri dalam hal-hal seksual. Ini mempengaruhi masyarakat India turun temurun dan di praktikkan oleh golongan agama (Brahmin). Mereka juga menegaskan rakyat jelata supaya tidak bersifat terbuka terhadap konsep '*kama*' yang dianggap sebagai maya kehidupan. Sehingga kini, ia mempengaruhi amalan budaya mereka sehinggalah

mereka dianggap tidak bermoral jika berbincang secara terbuka tentang perkara seks (Karan Singh 2005).

Penyebaran maklumat di institusi keagamaan/ organisasi kebudayaan seperti program kesedaran HIV dalam kalangan masyarakat India adalah terhad, seperti program-program 'Mukhayyam' (Ministry of Health Malaysia 2016) yang di adakan khas bagi golongan muda Muslim, 'Program AIDS Care at Home' oleh Buddhist Missionary Society Malaysia dikalangan masyarakat Cina, termasuk juga program gereja di Malaysia (Greif & Golden 1994) memberi pengetahuan, kesedaran kesihatan seksual, sokongan kaunseling. Program-program begini jarang didapati dalam kalangan masyarakat India. Ini kerana persepsi masyarakat India yang menganggap amalan kehidupan murninya yang di potret murni selama ini mungkin menjadi buruk dan boleh memburukkan komunitinya serta ia juga boleh merosakkan fikiran golongan muda dan bertentangan dengan tahap-tahap 'Ashrama'.

Pandangan responden terhadap pendedahan kepada pengetahuan seksual dan seks selamat adalah seperti berikut,

'Saya tidak tahu apa-apa tentang ini, wujud ke penyakit sebegini... (tidak mempunyai pengetahuan HIV). Terlebih dahulu, saya tidak tahu saya akan dijangkiti sakit ini. Saya hidup gembira, tidak pernah fikir 'ini' (HIV) masa kecil (dalam usia remaja) saya tahu sedikit tentang hal 'ini' (HIV)', saya melihat di TV, sekali dalam iklan itu ...

Lelaki, 41, tahun, pengguna dadah,
berpendidikan sekolah rendah

Kadang-kadang kawan-kawan bincang pasal seks, tapi tak tahu macam mana nak tanya...sebab segan angatkan nanti dia anggap saya 'semacam' (gian seks) ...

Lelaki, 42, tahun, pengguna dadah,
berpendidikan sekolah rendah

*Kenapa saya tidak memakai 'bahan itu' (kondom)... tidak ingat masa itu
, emm ...tidak berfikir pun nak pakai benda tu ketika melakukan 'itu' (melakukan seks)*

Lelaki, 32 tahun, heteroseksual, berpendidikan
sekolah menengah atas (STPM)

"Saya tahu ok jika kita seks kita boleh mendapatkan 'dia' (HIV)...tetapi saya fikir lelaki seks wanita hanya boleh mendapatkannya...tidak tahu lelaki seks sesama

lelaki lain boleh mendapatkannya. ..Kalau saya tahu awal-awal mungkin saya tidak akan terlibat sebegini..

Lelaki, 27 tahun, MSM, berpendidikan SPM

FAKTOR MIGRASI DALAMAN DAN PENGARUH PERSEKITARAN BERMASALAH

Beberapa responden berusia lewat umur 30-an berkongsi pengalaman tingkah laku risiko HIV dikaitkan dengan penghijrahan dalaman, faktor persekitaran dan kejiiran yang bermasalah. Jika diimbangi kembali latar belakang masyarakat India, masyarakat ini berhijrah dari India dan Sri Lanka ke Malaysia pada abad ke-19 (Janakey Raman 2009). Majoriti mereka dari golongan India Selatan ditempatkan di kawasan perladangan getah dan kelapa sawit. Pembangunan urbanisasi dan industrialisasi negara sejak 1990-an menyebabkan banyak kawasan perladangan ditutup. Ini menyebabkan kebanyakan mereka berpindah ke kawasan pangsupuri, rumah panjang dan setinggan berdekatan di bandar yang penuh dengan masalah sosial. Mereka juga tidak diberi kawasan penempatan semula yang bersesuaian untuk didiami dan peluang pekerjaan bersesuaian mengikut kemahiran mereka. Jurang status sosial dengan masyarakat bandar, deprivasi sosial dan pengaruh kawasan persekitaran yang bermasalah, mendorong mereka terlibat dalam pelbagai masalah sosial.

Selain itu, golongan muda yang kurang berpendidikan dan menganggur menyatakan kemiskinan dan tekanan keluarga untuk mencari sumber rezeki menyebabkan mereka terlibat dalam aktiviti gangsterism (Malaysian Indian Blueprint Secretariat 2017), pengedaran dadah dan mengambil dadah termasuk juga seks rambang. Sebenarnya unsur maskuliniti dikalangan masyarakat India perlu dikaitkan dengan tekanan responden terlibat dalam faktor risiko HIV, seperti kata orang tua-tua dalam bahasa Tamil 'aan singgam' bermaksud anak-anak lelaki seperti singa perlu berani dan menyumbang sumber ekonomi kepada keluarga dan menjaga ibu bapanya sehingga akhir hayat mereka (Mayled & Ahluwalia 2003). Jika, seseorang lelaki itu menganggur dia dipandang rendah dalam kalangan ahli keluarga dan komunitinya (Osella & Osella 2006). Ini memberi tekanan kepada maruah diri mereka dan memprovokasi sifat agresif dalam kalangan responden dalam kajian ini. Beberapa responden

berkongsi pengalaman pengangguran dan tekanan keluarga seperti berikut,

“ibu bapa-sentiasa harapkan saya, anak sulung lelaki... tanggujawab ade...perlu kerja bagi duit membantu mengurangkan beban keluarga...anak adik -beradik perempuan tiga...saya pun beberapa tahun dekat kampung saya duduk rumah, bapa marah juga, ketika itu tahulah kan kawan pergi Kuala Lumpur, ikut dia kerja...”

Umur 44 tahun, Penagih dadah, berpendidikan SRP
“lepas tu berhenti (kerja) inginkan cari kerja lain, memang tidak boleh berada kosong di rumah...sesiapa pun tak akan hormat saya sebab kakak ipar selalu membangkitkan abang saya (untuk marah responden), hari itu saya dari luar balik rumah untuk makan, dia kata saya “manusia jenis apa entah tak ada rasa malu” (tiada maruah diri sebab makan tanpa memberi sumbangan duit kepada keluarga) saya terus tak makan ...gaduh dengan dia, terus keluar ... menangis... jumpa kawan.. mereka memujuk saya. Kalau ada ibu mesti dia tak akan biarkan orang cakap begitu.

Umur 35 tahun, Penagih dadah, berpendidikan sekolah rendah

“...sebabnya Saya tiada kerja dekat sana (di kampung) di halau keluar dari rumah. Datang KL cari kerja masa itu zaman muda...ghairah nak datang KL nak cari kerja...sini pun saya susah juga ... cuba benda-benda ‘ini’ (dadah)... sekali cuba... ‘raja khayal’ (heroin) menjadi ketagih.

Umur 45 tahun, penagih dadah, berpendidikan SRP

BERKAHWIN TANPA NIAT /KETIDAKPUASHATIAN DALAM HAL RUMAH TANGGA

Perkara ini berlaku dalam dua situasi iaitu apabila seseorang dipaksa berkahwin sebelum menikmati alam bujangnya atau gadis pilihan mereka ditolak oleh keluarga. Ini menyebabkan mereka berasa tertekan dengan tanggungjawab rumah tangga dan kurang serasi dengan pasangan isterinya dalam hubungan batin. Akhirnya, ini menyebabkan mereka terpengaruh dengan rakan-rakannya dan terlibat dalam risiko HIV seperti memiliki pasangan heteroseks atau homoseks. Walaubagaimanapun mereka setuju bukan semua perkahwinan yang diaturkan keluarga berakhir dengan masalah rumah tangga.

Terdapat beberapa responden yang berkahwin menyatakan mereka terpaksa berkahwin atas desakan ibu-bapa bagi menunjukkan mereka

mengenal budi terhadap mereka. Mereka diaturkan untuk berkahwin sebelum dirinya bersedia dari segi mental bagi menerima seorang pasangan dalam kehidupannya dan menanggung tanggungjawab keluarga. Ini kerana mereka kurang diberi tempoh dan peluang untuk memahami pasangan masing-masing. Perkahwinan aturan keluarga adalah popular dalam kalangan masyarakat India dan ia dianggap status kebanggaan ibu- bapa dalam kalangan komunitinya kerana perkahwinan aturan menunjukkan anaknya patuh kepada ibu bapa mengakahwini pasangan yang dipilih olehnya. Selalunya pasangan pengantin lelaki /perempuan akan dicari oleh ibu-bapa atau sanak saudara berdasarkan beberapa keserasian seperti zodiak, kasta, status sosial, kelakuan moral pasangan dan latarbelakang keluarga. Setelah mendapat pasangan yang serasi, perkahwinan akan diaturkan dalam tempoh masa 5 hingga 8 bulan (Ramalinggam, Vanaja & Kirubini 2012).

Misalnya seorang responden menyatakan wanita pilihan sendiri ditolak oleh ahli keluarganya atas beberapa sebab seperti berlainan kasta, dan memiliki perangai bertengangan dengan keluarganya. Demi mendapatkan restu ibunya, akhirnya dia berkahwin dengan wanita yang diaturkan oleh keluarganya. Perkara yang amat penting dalam kalangan masyarakat India adalah mendapatkan restu dan persetujuan dalam perkahwinan daripada ibu bapa (Morgan 2007). Perkara ini menyebabkan responden ini mudah tertarik dengan wanita lain yang memiliki ciri-ciri yang diidamkan dan terlibat dalam hubungan seks tanpa mengenali sejarah seksual.

“Yang saya cinta itu lain, dia Kristian ...saya kenal dia lama juga, ibu saya tidak setuju nak melamar dia sebab kasta , apa saya boleh buat...susah nak memujuk dia, sebab dalam keluarga saya cuma sayang ibu saya, dia berpayah besarkan kami setelah bapa meninggal. Saya patut kena jaga hati dia, perlu bagi balik (berbudi). Akhirnya saya kahwin gadis yang dia pilih... lepas kahwin kita hidup gembira beberapa bulan saja, lepas itu banyak masalah...dia tak faham saya langsung... dalam banyak perkara...hal-hal duit, sikit-sikit merajuk.. kebanyakan masa memang saya berada di luar rumah.

Lelaki, 38, tahun, heteroseksual, berpendidikan SRP

Pada masa yang sama, seorang responden menyatakan ketidakpuasan dalam hubungan seksual rumah tangga mendorongnya mencari

kepuasan di luar dan hal ini menyebabkan risiko jangkitan HIV. Dia tidak menyalahkan pasangannya malah berpendapat bahawa seorang isteri perlu memikul tanggungjawab keluarga dengan mempunyai nilai ketuhanan yang murni sebagai 'dewi yang menjaga keluarga' mempunyai batasan dalam hal hubungan seks dengan suami. Mereka tidak boleh dipaksa atau diperalatkan untuk keinginan seksual yang berlebihan. Ini merupakan konsep hak suami isteri dalam agama Hindu; epik Dewa Shiva dan Dewi Parvati yang menegaskan hak sama dan menghormati isterinya dalam segala aspek kehidupan (Ramalingam, Vanaja & Kirubini 2012). Walaupun sikap ini perlu digalakkan, tetapi kurang berbincang mengenai isu seksual antara suami isteri boleh membawa kepada masalah ketidakpuasan hati serta menyebabkan golongan suami mencari pasangan lain. Berikut adalah petikan temubual responden yang melaporkan tidak bersikap terbuka mengenai isu seksual dengan isterinya;

"Kalau girl itu, dia melakukan apa saja yang saya inginkan dalam hal itu, kalau isteri segan nak tanya ...sebab ade benda dia tak suka, nanti tersinggung pula, saya hormat juga, dia kan macam pepatah 'dewi keluarga'...terlibat dalam banyak hal keluarga...jaga anak-anak".

Lelaki, 44, tahun, heteroseksual,
berpendidikan sekolah rendah

PENGUNAAN BAHAN ALKOHOL, DADAH, SIBERSEX DAN PELANCONGAN SEKS

Manakala golongan muda (berumur 25 hingga 30-an) berlatar belakang keluarga kelas menengah menyatakan tingkah laku seperti penggunaan bahan alkohol berlebihan, hiburan seksual, pelancongan seks dan siberseks adalah sebab utama mengapa mereka terlibat dalam seks rambang. Penggunaan bahan alkohol berlebihan atau pil dadah dan hiburan seks di kelab malam menjadikan mereka mudah terperangkap dengan aktiviti seks rambang. Manakala ada segelintir mengatakan mereka minat pelancongan seks misalnya pergi ke tempat-tempat hiburan seks di Thailand dan Indonesia. Persekitaran dunia hiburan seks dan kawasan sekitar yang tidak dikenali oleh masyarakat tempatan memberi peluang atau kecenderungan kepada seseorang untuk terlibat dalam aktiviti seksual yang tidak selamat.

Van Kerkwijk (1992) menyatakan bahawa pelancongan seks dan pasaran seks komersial di Thailand menarik ramai pelancong bukan sahaja daripada golongan kelas sosial atasan dari Barat malah golongan kelas sosial sederhana dari Asia termasuk dari Malaysia yang sering membanjiri pusat hiburan. Amalan seks selamat atau sebaliknya (pakai kondom atau tidak) dinyatakan bergantung kepada kuasa rundingan pelanggan itu terhadap pelayan seks di Thailand (Van Kerkwijk 1992). Walaubagaimanapun, kebanyakan responden mengatakan mereka tidak terfikir mengenai seks selamat pada ketika terlibat dalam hiburan seks.

Seorang responden beranggapan bahawa, pelancongan seks tanpa selamat di Thailand dan Indonesia adalah punca utama dia dijangkiti HIV. Dia juga menyesal atas kelakuannya dan percaya dia menerima kesengsaraan penyakit ini sebagai hukuman Tuhan kepadanya;

"saya rasa....Saya mendapat penyakit ini dari Indonesia... atau ...Thailand, err ...Saya kerap pergi ke sana dengan kawan-kawan saya, anggarannya... saya pernah ke Indonesia 70 kali, dianggarkan 70 kaliya!.... apabila saya kembali ke kampung halaman di Taiping biasa lah saya pergi untuk berfoya. Ambil lawatan satu ...atau dua hari di Thailand, ramai perempuan... tak terkira, sebab itulah Tuhan hukum saya ... Saya benci perempuan!"

Umur 36, heteroseksual,
berpendidikan Diploma

"Saya tidak mempunyai sebarang hubungan dengan ramai gadis-gadis, tetapi saya 'pernah' 'sebegitu' (pernah seks) sekali saja. Ia hanya sekali saja dalam kehidupan saya apabila saya pergi ke Thailand. Saya mendapat ini (HIV) dari sana, saya pergi sana dua kali. Saya pergi dengan kawan-kawan saya, kami telah mabuk masa itu. Saya tidak terfikir ia akan memberi kesan sebegini pada masa akan datang, "Saya pergi dalam usia awal 20-an, dah lama dah.... tapi 'dia' jangkit (HIV) baru- baru ini (dalam umur 35)".

Umur 38, heteroseksual,
berpendidikan sekolah rendah

KEJUTAN BUDAYA DALAM KALANGAN PEKERJA EMIGRAN DI SINGAPURA

Dari temubual yang dijalankan, seorang responden berpendapat bahawa golongan emigran yang bekerja di Singapura berulang alik dari Singapura

ke Johor Bahru terdedah kepada tingkah laku yang berisiko. Amalan rakan sekerja dan kejutan budaya membuatkan ramai daripada pekerja emigran terlibat dalam aktiviti seks rambang. Menurut beberapa responden yang pernah bekerja di Singapura, mereka lebih bersuka ria kerana dibayar dengan gaji mata wang yang tinggi. Mereka membelanjakan wang untuk minum arak, dan berhibur seks di Bandar Johor Bahru. Pada masa yang sama ada yang menyatakan, keadaan tegang tinggal di asrama majikan di Singapura, gaya hidup kerja yang tertekan mempengaruhi mereka mengambil tindakan yang berisiko tinggi.

Berikut adalah petikan temubual diantara penyelidik dengan responden yang dapat memberikan gambaran yang jelas mengenai pengaruh kejutan budaya dalam kalangan pekerja emigran di Singapura;

“Lima daripada kami rakan sekerja ... bekerja bersama-sama, tinggal serumah di Singapura, kami biasa keluar bersiar-siar bersama-sama, pub... perempuan biasa dalam kalangan kami, kami terlibat dalam ‘semua’ (seks bebas). Akhirnya, apabila kami dipanggil pergi pemeriksaan perubatan, kami bertiga adalah ‘positif’, (HIV) dua daripada kawan saya dapat negatif”

Umur 38, heteroseksual,
berpendidikan diploma

“Kebanyakan pekerja hotel di Singapura mudah terlibat dalam seks lelaki dengan lelaki, kerana ia adalah perkara biasa di sana. kerja kita sebagai tetamu hotel senang terperangkap, saya juga sebegitu. Salah seorang kawan saya adalah seorang pengurus di hotel... lelaki yang sangat kacak ... yang saya tahu dia mengadakan hubungan seks dengan ramai rakan-rakan ... tidak terkira! Banyaknya termasuk berbangsa orang putih Orang sanggup bayar untuk perkhidmatan seks dia”

Umur 25, homoseksual, berpendidikan SPM

Manakala seorang lagi responden menyatakan bahawa tekanan kerja di Singapura merupakan faktor utama terlibat dalam aktiviti berisiko HIV;

“Mereka (pekerja Malaysia di Singapura) terlibat dengan seks (seks bebas) kerana tekanan ... tekanan kerja ... Saya tertekan dan geram! Kami akan mengambil satu hingga dua jam untuk menyelesaikan segala urusan perjalanan.. (di imigresin Singapura ke Johor Bharu). Kadang-kadang kami berjalan dari kastam Singapura

ke kastam JB... itu semua tekanan! ... dah lah masa kami sampai ke rumah dah awal pagi dah, kemudian tutup mata sementara ... bangun lagi ... mandi ... makan masakan ibu saya ... kembali pergi kerja lagi ... Saya tidak mempunyai masa untuk duduk dan berbincang dengan mereka (keluarga). Tidak boleh mengambil cuti untuk apa-apa hari perayaan! Kerja di singapura adalah satu sumpahan sial untuk kami semua! Sangat jarang dapat hari cuti ...kami hanya boleh bersuka-ria dan menikmati benda ‘itu’ (terlibat dalam seks) kalau kita dapat hari cuti sekali sekala. ...err... sebenarnya seks adalah sangat jarang untuk pekerja asing di Singapura ...tidak akan mempunyai masa... sama ada orang yang berkahwin atau tidak”.

Umur 25, homoseksual, berpendidikan SPM

Senario ini menunjukkan motif awal mereka adalah untuk menikmati gaya kejutan budaya yang diikuti oleh rakan sekerja, tetapi lama kelamaan tingkah laku negatif ini menjadi tabiat biasa. Responden menyatakan kelakuan risiko seperti mempunyai hubungan heteroseksual dan homoseksual secara sukarela dalam kalangan pasangan serumah atau teman wanita adalah perkara lumrah dalam kalangan mereka termasuk juga golongan yang sudah berkahwin dan berumah tangga di kampung. Beberapa responden lelaki yang berumah tangga di Malaysia menyatakan mereka tidak sengaja menjangkitkan penyakit itu kepada isterinya apabila balik dan mengadakan hubungan seks dengan isterinya. Walaubagaimanapun, ramai daripada mereka berasa menyesal dan marah, menyatakan mereka telah dikhianati oleh pasangan seksual yang menyembunyikan status HIV mereka seperti berikut:

“Walaupun saya berkahwin, saya berkenan dengan wanita lain. Masa itu saya bekerja di Singapura. Saya tidak kenal pun dia banyak, kerja dia pun tak tahu! Rasanya dia kerja pergi hotel (pekerja seks) walaupun begitu saya terus mengadakan hubungan dengan dia, kami pernah bertemu di bandar JB, selalu adakan ‘ia’ (hubungan seksual) biasalah kami teruskan hubungan sebegini untuk beberapa hari ... saya jatuh cinta dengan dia, tetapi saya benar-benar tidak tahu dia telah dijangkiti ... dia kerja di hotel ... kami tinggal bersama-sama ...akhirnya saya kena (HIV) pula, saya langsung tak tahu sehinggakan isteri saya kena ‘sakit’ (HIV)”

Umur 42, heteroseksual,
berpendidikan sekolah menengah

PENCABULAN DAN PEMERKOSAAN

Ada juga segelintir lelaki muda yang menganggap diri mereka sebagai lelaki lembut, meluahkan pengalaman dicabul dan diperkosa; mereka pernah beberapa kali dicabul oleh jiran lelaki, pelajar senior, rakan mereka atau orang yang tidak dikenali pada zaman kanak-kanak atau remaja. Penemuan ini adalah selaras dengan penyelidikan Tewksbury (2007) dimana didapati bahawa gaya hidup dan rutin harian anak-anak lelaki muda yang pergi ke kelab-kelab malam, minum arak dan mengambil dadah, tinggal di asrama boleh meletakkan mereka pada risiko tersebut. Mitos yang menggambarkan kaum lelaki sebagai golongan yang tidak boleh diperkosakan serta kurang peka masyarakat umum terhadap lelaki sebagai mangsa rogol menyebabkan ramai di antara lelaki dianiayai dan tidak melaporkan kejadian ini kepada pihak polis dan keluarga (Suzaily et al. 2010; Suganya 2013).

Ini menyebabkan mereka tidak mendapat kaunseling dan pemeriksaan perubatan pada masa yang tepat untuk membanteras risiko HIV dan gangguan mental. Mereka sering kali menghadapi trauma emosi seperti keresahan, kemurungan, rasa ingin membunuh diri, gangguan tidur, pengasingan sosial dan kekeliruan mengenai orientasi seksual dan gender mereka. Ini mencetuskan fikiran “kurang lelaki” dan ada yang mengadaptasikan sikap ekstrem dalam mengeksploitasikan gejala seks, hakikatnya, sebahagian daripada mereka terlibat dalam seks songsang dan menjadi mangsa HIV. Misalnya, salah seorang responden menganggap bahawa, virus HIV telah dijangkiti dan ditransmisi akibat daripada pemerkosaan.

“Suatu hari si dia (jiran) mengajak saya ke rumahnya untuk menonton TV, ketika itu dia menunjukkan filem yang ‘jenis’ tu (filem lucuh).. Tetapi dalam beberapa hari kemudian, saya tertanya-tanya apa benda itu sebenarnya, Saya juga ingin tahu, apa benda itu, saya pergi rumah dia sekali lagi, cakap-cakap ... maka dia membawa saya ke dalam bilik dan buat ‘semua’ (seks) ...kami dalam hubungan semacam ini untuk beberapa tahun. Dia sering menggunakan saya sebegini, kami terus dalam perhubungan, masa itu saya berumur 13 tahun ... tapi saya dah tahu semua benda pasal perkara ‘itu’ (seks songsang) belajar daripada dia. Sekarang ... Saya tidak berapa pasti daripada siapa, dari mana saya mendapat ini (HIV)... mungkin melalui dia... mungkin dia yang sebar! (HIV)”

Umur 27, homoseksual, berpendidikan SPM

Sementara seorang lagi responden menyatakan bahawa peristiwa pemerkosaan di zaman persekolahan memberi tekanan emosi dan menyumbang kepada aktiviti homoseksnya di alam dewasa seperti berikut;

“Sekali, masa saya nak balik ke rumah dari sekolah, mereka mengikut saya, dan secara paksa bawa saya ke tempat yang sunyi ... tempat semak samun, buka seluar saya dan melakukan ‘hal itu’ (pencabulan). Selepas kejadian itu ... saya jatuh sakit tiga hari ... tidak pernah memberitahu sesiapa pun ... kerana saya tidak tahu apa yang ‘itu’ (perkosaan) ...itu langkah pertama saya terlibat dalam benda ‘ini’ (seks songsang) kehidupan berubah setelah kejadian itu. Mereka berbuat demikian 4 atau 5 kali (merogol) saya, mereka mengugut perkara ini akan diberitahu kepada keluarga. Lama kelamaan, saya mempunyai pemikiran bahawa saya merupakan betina, bagi anak perempuan, sebab itu lelaki suka dekat saya. Setelah itu saya mula berkenalan kawan dengan ramai lelaki di facebook dan terlibat ‘dalam benda itu’ (homoseks)”

Umur 23, homoseksual, berpendidikan SPM

PERBINCANGAN

Hasil kajian ini menunjukkan faktor sosio-budaya, persekitaran serta ekonomi mempengaruhi jangkitan HIV dalam kalangan lelaki kaum India di Malaysia. Perbezaan pengalaman antara generasi nampak jelas dalam kajian ini. Misalnya, kebanyakan golongan muda menganggap memiliki pasangan seksual yang ramai dapat memartabatkan identiti maskuliniti dan hak cauvinis. Hal ini dilihat sebagai menekankan hak kebebasan seksual mereka sebagai lelaki sejati. Manakala golongan berumur 40-an ke atas mengaitkan pelbagai isu tekanan kehidupan dengan risiko penggunaan bahan dan penyuntikan dadah serta pertukaran seks untuk dadah

Jika fokus kepada risiko heteroseksual dan homoseksual, wujud pelbagai perdebatan mengenai faktor amalan budaya negatif seperti poligami yang dikaitkan dengan maskuliniti seperti status hierarki lelaki yang tinggi. Walaupun demikian Shelton et al. (2004) dan rakan-rakannya debatkan amalan budaya positif boleh memainkan peranan penting bagi mengurangkan HIV seperti konsep monogami. Buktinya, kajian di Uganda menunjukkan penegasan bagi mengamalkan konsep monogami dan kesetiaan terhadap pasangan menurunkan kadar risiko HIV sejak 1995 sehingga 2000 (Susheela, Darroch & Bankole 2004).

Walaupun, masyarakat India dikatakan masyarakat yang terulung mempraktikkan konsep monogami, nampaknya responden dalam kajian ini tidak begitu mementingkan konsep ini. Hasil daripada perbincangan tidak formal daripada responden dan rakan-rakannya, peluang bagi mengindarkan diri dari risiko HIV dan hubungan ikhlas pada seorang pasangan adalah tipis. Contohnya, kata pepatah Tamil '*oruthanukku oruthi*' ('*Married life is between one man and one woman*') yang sering diungkapkan oleh golongan konservatif India merupakan satu konsep yang sukar dipraktikkan oleh golongan lelaki generasi kini. Menurut mereka kehendak kepelbagaian pasangan seks merupakan perkara lumrah dalam kalangan mereka tanpa mengira gender. Walaubagaimanapun mereka mengharapkan pasangan isterinya perlu setia, bermonogami. Ini bagi menjaga maruah keluarga dan status tradisi nilai suci wanita berbanding kebimbangan terhadap jangkitan HIV terhadap mereka.

Pada masa yang sama, pengalaman responden yang mempraktikkan kuasa kewangan meningkatkan keupayaan membeli dan menjual seks tanpa selamat dalam kalangan golongan MSM menunjukkan risiko HIV terhadap pasangan mereka. Ini menunjukkan cabaran mencegah wabak ini dikalangan lelaki India muda mungkin sengit. Data jangkitan HIV khususnya bagi golongan lelaki India tidak terdapat di Malaysia. Walaubagaimanapun jika dibandingkan dengan data dunia tahun 2010, jangkitan HIV dalam kalangan orang India di Malaysia (wanita dan lelaki) adalah lebih tinggi berbanding dengan komuniti berketurunan India di Sri Lanka, Bangladesh, Mauritius, United Kingdom dan Singapura (Kumaran & Sarasuphadi 2015). Ini mungkin disebabkan tahap kesedaran dan pengetahuan HIV yang tinggi serta kebolehan akses fasiliti perubatan di sesuatu negara berbeza, misalnya di negara maju seperti Singapura fasiliti nasihat perubatan dan penggalakan rakyatnya menghadiri ujian HIV kerap dikatakan faktor utama kurang jangkitan (Li 2016; UNAIDS 2014). Kementerian Kesihatan Singapura dan badan-badan bukan kerajaan juga sentiasa mengadakan pelbagai program kesedaran kesihatan seksual dan bergabung dengan organisasi masyarakat India tempatan seperti SINDA (Singapore Indian Development Association) (SINDA 2016). Manakala negara-negara Sri Lanka, Bangladesh dan Mauritius dikatakan menggunakan kawalan sosial dan kawalan keagamaan bagi memberi kesedaran

dan membataskan ramai daripada terlibat risiko HIV, misalnya di Mauritius kawalan sosial dan penerapan nilai agama oleh institusi agama Hindu dan Islam memainkan peranan penting. Golongan Hindu dan India Muslim kurang terlibat dalam risiko HIV berbanding penganut lain (Nishimura et al. 2007).

Amalan kurang memahami konsep kerohanian seksual (*sexual spritualism*) dan penolakan konsep *kama* dibincang secara terbuka mungkin akan memberi cabaran yang kuat bagi menyebarkan maklumat pengetahuan dan kesedaran dalam kalangan masyarakat India. Masalah ini berpotensi merencatkan pembangunan seksualiti yang matang dan berteraskan kemurniaan kesihatan dalam kalangan golongan muda pada masa depan.

KESIMPULAN

Kesimpulannya, perhatian dan usaha yang unik perlu dibangunkan bagi membendung pengaruh atau penentu sosial risiko HIV dalam kalangan lelaki India. Kebanyakan risiko jangkitan HIV dikalangan lelaki India berlaku secara sukarela; responden dengan kesedaran diri sendiri dan secara sukarela dipengaruhi oleh risiko HIV (kecuali faktor pemerkosaan sahaja yang berlaku secara paksaan). Sebenarnya, faktor-faktor ini boleh diatasi dengan langkah-langkah sosial yang lebih efektif dalam jangka masa pendek atau panjang berbanding dengan 'faktor paksaan' yang dialami oleh segelintir lelaki minoriti di Jaffna, Sri Lanka, di sempadan India dan Mynamar. Cabaran produksi HIV di sana lebih menyerupai 'faktor paksaan', di mana mereka dipengaruhi dengan risiko yang sukar dielakkan seperti ketidakstabilan politik, konflik puak, kemiskinan, kebuluran dan isu pelarian (Singh & Siddhanta 2017).

Golongan lelaki India harus dilibatkan dalam program pencegahan HIV supaya mereka boleh menghindarkan diri, pasangannya, keluarga dan seterusnya masyarakat daripada dijangkiti HIV. Dalam usaha untuk menghadapi dan mencegah HIV dalam kalangan kaum India di Malaysia dengan berkesan, pihak berkuasa dan masyarakat perlu meningkatkan strategi seperti memperluaskan pengetahuan dan kesedaran HIV di bandar dan luar bandar. Usaha kerajaan, pertubuhan bukan kerajaan dan pihak profesional kesihatan perlulah bergabung dengan pertubuhan agama dan kemasyarakatan, rukun tetangga dan penyebaran

media massa. Media massa kerajaan dan swasta perlulah memperbanyakkan siaran yang memberi pengetahuan dan pencegahan HIV dalam bahasa masyarakat India tempatan (contohnya bahasa Tamil dan Hindi). Program-program berbentuk kesihatan seksual, pencegahan penangihan dadah, gaya kehidupan yang sihat perlu ditingkatkan berbanding siaran hiburan dari negara India. Perkara ini boleh dilakukan dengan memberi maklumat pencegahan HIV berkonsepkan ABC (*abstinence, be faithful, condom use*) iaitu mengelak daripada terlibat dengan perkara berisiko, hubungan ikhlas, dan penggunaan kondom.

Satu gerakan positif perlu dilakukan oleh pertubuhan keagamaan atau organisasi kebudayaan masyarakat India untuk meningkatkan program-program mengenai kursus-kursus kekeluargaan, kaunseling sebelum dan selepas perkahwinan. Pihak berkuasa dan badan-badan perundangan perlu memperkukuhkan perundangan bagi membanteras jenayah seksual dan pencabulan ke atas golongan lelaki. Bahkan, dalam kerjasama mengurangkan jangkitan HIV ke atas pelancong hiburan seks yang merentasi jabatan imigrasi luar negara, NGO dan kementerian kesihatan perlu mencari ruang di Jabatan-Jabatan Imigrasi untuk mengadakan pondok perkhidmatan, kempen-kempen, kajian soal selidik mengenai kegiatan seksual para pelancong. Hal ini untuk meningkatkan kesedaran dan menggalakkan masyarakat berulang alik mendapatkan bantuan rawatan dan nasihat. Contohnya, kastam sempadan Johor Bahru yang menuju ke Singapura, Kastam Bukit Kayu Hitam sempadan menuju ke Thailand, Lapangan Terbang Antarabangsa Kuala Lumpur (KLIA) boleh dijadikan sebagai tempat tumpuan untuk memulakan usaha ini. Pada masa yang sama, bagi mencegah risiko dalam kalangan emigran Singapura, pusat penyelarasan emigran, sistem sokongan, program outreach, kaunseling, pemeriksaan HIV perlu diperkukuhkan lagi. Kerajaan perlu menguatkuasakan undang-undang pekerja emigran di luar negara untuk mendapat hak yang sewajarnya misalnya hak menerima cuti, waktu kerja yang normal, tempat tinggal yang baik, tenang dan selamat serta manfaat kesihatan.

RUJUKAN

- Abdul Rahim Samsudin. 2001. Development media and youth issues in Malaysia. In *Reading Asia: New Research in Asian Studies*, edited by F. Hüsken & Meij, 29-48. London: Curzon
- Adeeba Kamarulzaman & Razali Karina. 2008. Chapter 21, Malaysia. In *Public Health Aspects of HIV/AIDS in Low and Middle Income Countries: Epidemiology, Prevention and Care*, edited by D. Celentano & C. Beyrer, 841-500. New York: Springer.
- Agensi Antidadah Kebangsaan. 2014. *Laporan Maklumat Dadah* 2014. Kuala Lumpur Kementerian dalam Negeri.
- Auerbach, J. D., Wypijewska, C. & Brodie, K.H. 1994. *AIDS and Behaviour: An Integrated Approach*. Washington DC: National Academy Press.
- Bhushan Kumar & Ross, M. W. (1991). Sexual behaviour and HIV infection risks in Indian homosexual men: a cross-cultural comparison. *International Journal of STD & AIDS*, 2(6): 442-444.
- Chandrasekaran Shamala, Kyaw N.T.T., Harries A.D., Ilies Adam Yee, Parimel Ellan, Kurusamy T., Yusoff N., Gitau Mburu, Wan Mohd Zahiruddin Wan Mohammad & Anita Suleiman. 2017. Enrolment and retention of people who inject drugs in the Needle & Syringe Exchange Programme in Malaysia. *Public Health Action* 7 (2):155-160.
- Chirk Jenn Ng, & Kamal Solhaimi Fadzil. 2006. Bridging the gap between adolescent sexuality and HIV risk: the urban Malaysian perspective. *Singapore Medical Journal* 47 (6):482-90.
- Doerner, R., McKeown E., Nelson, S., Anderson, J., Low, N. & Elford, J. 2012. Sexual Mixing and HIV Risk Among Ethnic Minority MSM in Britain. *AIDS and Behavior* 16 (7): 2033-2041
- Greif, J. & Golden, B. A. 1994. *AIDS Care at Home*. New York: John Willey & Sons.
- Halkitis, P. N., Moeller R. W., Siconolfi, D. E., Storholm, E. D., Solomon T. M. & Bub, K. L. 2013. Measurement model exploring a syndemic in emerging adult gay and bisexual men. *AIDS and Behavior* 17 (2): 662-73.
- Janakey Raman. 2009. *The Malaysian Indian Dilemma*. Klang, Selangor: Crinographics Sdn, Bhd.
- Kamal Solhaimi Fadzil & Ng Chirk Jenn. 2005. If you don't try, you wouldn't know right? Exploring adolescent sexuality, sexual risk-taking behavior and HIV risk. *Malaysian Journal of Social Policy and Society* 2: 146-166.
- Karan Singh. 2005. *Hinduism*. Singapore: New Dawn Press

- Kaustav Chakraborty & Rajarshi Guha Thakurata. 2013. Indian concepts on sexuality. *Indian Journal of Psychiatry* 55 (6):250-255.
- Kumaran Suberamanian & Sarasuphadi Munusamy.. 2015. 'Malesia Inthiyargalidaiye HIV/AIDS Manappokku [The Trend of HIV/AIDS among Malaysian Indians]. In *Special Edition 9th International Tamil Research Conference 2015*. Chennai: Kumudam
- Kwee Choy Koh, Kula Kanagalingam, Tai, F. T., & Adeeba Kamarulzaman. 2012. Sexual practices and HIV prevalence amongst men who have sex with men at a community-based voluntary counseling and testing centre in Malaysia. *ISRN Infectious Diseases* 2013:1-6.
- Li Toh Wen. 2016. Prevalence of HIV in Singapore remains low, public urged against complacency. *The Straits Times*, 1 December. <http://www.straitstimes.com/singapore/health/prevalence-of-hiv-in-spore-remains-low-public-urged-against-complacency>. Retrieved on 20 September 2017
- Malaysian AIDS Council. 2010. *HIV Statistic: No. of New HIV Infections, AIDS Cases and AIDS Deaths by Gender per year Reported in Malaysia (From 1986 Until 2010)* Resource Centre, Malaysian AIDS Council. Disease Control Unit, Ministry of Health, Malaysia.
- Malaysian Indian Blueprint Secretariat. 2017. *Malaysian Indian Blue Print*. Putrajaya: Prime Minister Office Malaysia
- Mayled, J., & Ahluwalia, L. (2003). *Discovery Philosophy and Ethics*. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Ministry of Health Malaysia, HIV/STI Section, Disease Control Division. 2016. *Global AIDS response progress report Malaysia 2016*. Putrajaya: Ministry of Health
- Morgan, P. (2007). *Ethical Issues in Six Religious Traditions*. (add the name of the city where this book is published), Great Britain. Edinburgh University Press.
- Nishimura Yumiko H., Masako Ono-Kihara, Jagdis C. M., Renaud Ng Man Sun, Takayuki Homma, DiClemente R. J., Delia L. L. & Masahiro Kihara. 2007. Sexual behaviors and their correlates among young people in Mauritius: a cross-sectional study. *BMC International Health And Human Rights* 7 (1):1-11.
- Osella, C., & Osella, F. (2006). *Men and Masculinities in South India*. Singapore: Anthem Press.
- Patterson, D. & Silver W. 2010. Analyzing HIV/AIDS and alcohol and other drug use as a social problem. *Journal of Gay & Lesbian Social Services* 22 (3): 211-225.
- Ramalingam Rajamickam, Vanaja Paramasivam & Kirubini Subramaniam. 2012. Hindu marriage and its position in the Malaysian marriage law. *International Journal of Arts and Commerce* 1(5): 149-154.
- Rhodes, T. 2009. Risk environments and drug harms: A social science for harm reduction approach. *International Journal of Drug Policy* 20 (3):193-201.
- Ronica Subramoney. 2015. The lived experiences of Indian women with HIV/AIDS in South Africa: A phenomenological inquiry. *International Journal of Health Sciences* 3 (2):61-121.
- Samuels, F., & Wagle, S. (2011). Population mobility and HIV and AIDS: review of laws, policies and treaties between Bangladesh, Nepal and India. *ODI Background Notes*. London: ODI.
- Sarasuphadi Munusamy, Kamal Solhaimi Fadzil & Raja Iskandar Raja Azwa. 2017. Ech. Ai. Vi endral enna ? [What is HIV?]. *Malaysia Nanban*. 14 January.
- Sharifah Fadzlon Abdul Hamid, Normah Omar, Suzana Sulaiman, Wee Shu Hui & Rusli Ismail. 2015. Cost Effectiveness of Harm Reduction: Comparison Needle and Syringe Exchange Programme. *Journal of Economics, Business and Management* 3 (2):207-211.
- Shedlin, M. G., Drucker, E., Decena, C. U., Hoffman, S., Bhattacharya, G., Beckford, S., & Barreras, R. 2006. Immigration and HIV/AIDS in the New York metropolitan area. *Journal of Urban Health*, 83(1), 43-58.
- Shelton, J. D., Daniel T. H., Vinand Nantulya, Potts, M., Gayle, H. D. & Holmes, K. K. 2004. Partner reduction is crucial for balanced "ABC" approach to HIV prevention. *British Medical Journal* 328 (7444):891-893
- Sin How Lim, Alexander Reza Bazazi, Clarence Sim, Martin Choo, Frederick L. Altice & Adeeba Kamarulzaman. 2013. High rates of unprotected anal intercourse with regular and casual partners and associated risk factors in a sample of ethnic Malay men who have sex with men (MSM) in Penang, Malaysia. *Sexually Transmitted Infections* 89 (8): 1-8.
- SINDA. 2016. *SINDA Annual Report 2016*. Singapore: Singapore Indian Development Association.

- Singh, S. K. & Siddhanta, A. 2017. Cross Border Migration and HIV Vulnerability in South Asian Countries. *Journal of Transmitted Disease Immunity* 1(1): 1-6.
- Siti Norazah Zulkifli & Low Wah Yun. 2000. Sexual practices in Malaysia: determinants of sexual intercourse among unmarried youths. *Journal of Adolescent Health* 27 (4):276-80.
- Suan Ang Eng, Wong Yut Lin & Wong Li Ping. 2009. *Condom Programming in Malaysia: A Rapid Assessment*. Kuala Lumpur: UNFPA Malaysia.
- Suganya, L. 2013. When men become the victims. *The Star Online*, 18 Dec. <http://www.thestar.com.my/News/Nation/2013/12/18/Man-rape-victims/> Retrieved on: 12 Jun 2015.
- Susheela Singh., Darroch, J. E. & Bankole, A. 2004. A, B and C in Uganda: The roles of abstinence, monogamy and condom Use in HIV decline. *Reproductive Health Matters* 12 (23):129-135.
- Suzaily Wahab, Ek Zakuan Kalil, Susan M. K. T, Loh Sit Fong & Norazlin Kamal Nor. 2010. When males become victims – a case report. *ASEAN Journal of Psychiatry* 11 (2):216-219.
- Tewksbury, R. 2007. Effects of Assaults on Men: Physical, Mental and Sexual Consequences. *International Journal of Men's Health* 6:22-35.
- Ullah Ahsan A. K. M. & Ahmed Shafiqul Huque. 2014. *Asian Immigrants in North America with HIV/AIDS: Stigma, Vulnerabilities and Human Rights*. Singapore: Springer.
- UNAIDS, Singapore. 2014. Global AIDS Response progress reporting (garpr) 2014 – country progress report Singapore. Singapore:UNAIDS.
- UNAIDS. 2011. UNAIDS terminology guidelines In *Revised Version, Oct 2011*. Geneva: UNAIDS
- Van Kerkwijk, C. 1992. Sex tourism in Thailand. *Popline* 4 (1):6-7.
- Vathani Panirchellvum. 2017. Number of HIV cases alarming. *The Sun* 24 July 2017.
- Wilson, P. A., Nanin J., Amesty S., Wallace, S., Cherenack, E. M. & Fullilove, R. 2014. Using syndemic theory to understand vulnerability to HIV infection among Black and Latino men in New York City. *Journal of Urban Health* 91 (5): 983-998.
- Yenmozhi. 2006. A Journey to Jaffna. *twnewsfeatures*. <http://tamilweek.com/news-features/archives/481>. Retrieved on: 8 Jan 2016.
- Zarina Othman. 2004. Myanmar, illicit drug trafficking and security implication. *Akademika* 65 (1):27-43.

Sarasuphadi Munusamy (corresponding author)

Jabatan Pengajian India

Fakulti Sastera & Sains Sosial

Universiti Malaya

50603 Kuala Lumpur

Malaysia

E-mail: sarasuphadim@yahoo.com

Kamal Solhaimi Fadzil

Jabatan Antropologi

Fakulti Sastera & Sains Sosial

Universiti Malaya

50603 Kuala Lumpur

Malaysia

E-mail: kamalsolhaimi@hotmail.com

Raja Iskandar Shah Raja Azwa

Jabatan Perubatan

Fakulti Perubatan

Universiti Malaya

50603 Kuala Lumpur

Malaysia

E-mail: iskandar.azwa@googlemail.com

Ahmad Sabri Abdul Samat

Jabatan Bahasa-bahasa Malaysia & Linguistik

Terapan

Universiti Malaya

50603 Kuala Lumpur

Malaysia

E-mail: sabrisamad@um.edu.my

Received: 24 November 2016

Accepted: 23 January 2018